

NUMÉRO SPÉCIAL
30 ANS

DÉCISION STRATÉGIE

SANTÉ

328

HIVER 2021
ISSN 2557-5082

Le magazine des décideurs de la Santé

50 idées pour

2050



SPÉCIAL
RCFr 2021

DECISION-SANTE.COM

cussion : elle vise la résolution d'un problème par une discussion argumentée où chaque discutant est reconnu comme un égal et où doit régner un climat de confiance et de respect mutuel. L'écueil à éviter est sans doute celle d'un éthicien agissant seul, tel un expert. Une telle consultation, constituée d'un seul membre, gagnerait (peut-être) en rapidité, mais elle y perdrait la richesse même de l'éthique clinique (la multiplicité de points de vues) et risquerait aussi de désresponsabiliser les acteurs. Il m'arrive souvent d'être sollicité individuellement et dans l'urgence : sauf exception – pour accompagner une équipe dans le sens de l'éclairage collectif que la CEC lui a précédemment rendu – je rappelle l'exigence irréductible de la procédure collégiale.

Les philosophes et les éthiciens, formés en éthique clinique, devraient être plus nombreux dans les hôpitaux français, comme c'est le cas déjà et depuis de nombreuses années en Amérique du Nord. En France, les études de philosophie et de sciences humaines intègrent de plus en plus des cours et des formations en éthique et les thèses dans ce domaine sont désormais nombreuses. Je suis responsable du master d'éthique médicale à l'université de Nantes, porté par l'UFR Lettres et Langues et coanimé avec l'UFR de médecine. Notre partenaire principal est l'École de santé publique de l'université de Montréal, qui figure parmi les pionniers de ce type de formations et de pratiques. De plus en plus de professionnels sont formés à l'éthique et bien que les conditions de travail des soignants soient difficiles – et encore

L'intérêt des équipes médicales pour l'éthique est manifeste

davantage dans le contexte de la pandémie liée à la Covid-19 – l'intérêt des équipes médicales et aussi administratives est de plus en plus manifeste. Les soignants n'ont pas attendu la mise en place des consultations d'éthique clinique pour interroger leur pratique et se poser les questions essentielles sur le début de la vie et la fin de vie, le rôle de la médecine, etc. Mais une consultation pluridisciplinaire peut, à l'aide d'une méthodologie rigoureuse, régulièrement évaluée, composée de personnes formées à l'éthique ou acceptant d'entrer dans un processus de formation, aider à une meilleure prise en charge des patients et de leurs proches. Face aux enjeux toujours plus complexes posés à la fois par les innovations technologiques et scientifiques et par la montée en puissance de la reconnaissance de l'autonomie des patients, l'hôpital des trente prochaines années se doit de laisser une place importante à l'éthique afin de continuer à remplir ses missions fondamentales. •

* Dernier ouvrage paru : *Un Philosophe à l'hôpital*, 192 pages, éditions Flammarion, 18 euros.



Et si nous changions les critères à partir desquels reconnaître qui agit comme soignant ?

Alexandre Berkesse, conseiller stratégique au Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) et professeur associé à l'Institut du management et à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Pour les trente prochaines années, je vous propose de nous atteler à une transformation culturelle majeure qui contribuera à diminuer l'épuisement des professionnels de santé et à répondre plus efficacement aux besoins populationnels en matière de santé : la reconnaissance sociale et institutionnelle des savoirs expérientiels issus de notre expérience du prendre soin, de soi comme d'autrui.

La division sociale du travail nous amène à penser notre vie collective elle aussi en silos : tout comme nous considérons qu'il y a d'un côté les élus, à qui nous déléguons pleinement la légitimité et la charge du travail politique, et de l'autre les citoyens qui en récoltent les fruits et se chargent en contrepartie du travail économique, nous considérons de la même manière qu'il y a d'un côté les « soignants » (infirmiers, aides-soignants, médecins, etc.) et de l'autre ceux qui reçoivent le soin.

La réalité quotidienne illustre pourtant de manière empirique que cette dichotomie n'est ni vraie ni souhaitable.

Premièrement, des connaissances et des compétences du prendre soin sont mobilisées chaque jour par des personnes vivant avec une maladie chronique ou une maladie rare (exemple : ajuster son *ratio* d'insuline à s'injecter, évaluer si son hémorragie locale requiert d'aller aux urgences ou si l'injection d'anticoagulant suffira, augmenter la fréquence de stimulation de son dispositif cérébral en prévention d'une crise que l'on sent poindre, etc.) ou par leurs proches-aidants. Certaines d'entre elles peuvent d'ailleurs n'être acquises qu'à travers l'expérience directe de la vie avec la maladie.

Deuxièmement, les groupes d'entraide entre pairs nous ont permis de comprendre qu'au-delà de la maîtrise des connaissances et des compétences adéquates, la légitimité de celui qui vous accompagne pour prendre soin de vous influence l'efficacité thérapeutique. Enfin, cette dichotomie n'est pas souhaitable car elle maintient les patients dans une position passive de dépendance par rapport aux professionnels et au système de santé. Dans un contexte sociétal de chronicisation des maladies, de renversement de la pyramide démographique et de démocratisation de l'accès à l'information et au partage d'expériences, nous ne pourrions faire face à l'envergure et à la nature des besoins de santé qu'en reconnaissant la diversité des acteurs du prendre soin (dont notamment les personnes

concernées, leurs proches-aidants et leurs pairs), en mobilisant de manière complémentaire leurs savoirs expérientiels et leur légitimité de personnes expérimentées dans la vie avec la maladie et en développant les synergies d'action possibles pour coopérer à la santé de toutes et tous. •

La dichotomie soignants-patients n'est ni vraie ni souhaitable

compétence